

Sécurisation culturelle dans les urgences hospitalières : recension des écrits



Rédigé par Mary Shearman, PhD. Professionnelle
de recherche, CREMIS

CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié
autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux
Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la
communauté autochtone à Montréal. 2025.

Québec 

Cette récession des écrits a été produite dans le cadre d'un projet mené de 2021 à 2025 par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). L'objectif de ce projet était de favoriser l'implantation durable de l'approche de sécurisation culturelle au CCSMTL et plus particulièrement dans les urgences hospitalières. Ce projet a été réalisé en collaboration avec les partenaires suivants:

- Le Centre d'amitié autochtone de Montréal ;
- Le Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones ;
- Le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke ;
- Le Réseau de la communauté autochtone à Montréal.

Ce projet a été mené dans le cadre de l'appel de projets encadré par la Direction des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Adresse : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 66, rue Sainte-Catherine Est, 6e étage, bureau 611, Montréal (Québec) H2X 1K6. www.cremis.ca

Auteur-e: Mary Shearman, PhD. Professionnelle de recherche, CREMIS

Avec la collaboration de Rachel Benoit, Coordinatrice à la mobilisation et au transfert des connaissances, CREMIS

Mise en forme: Noémie Breton-Théorêt, CREMIS et Neko Wong-Houle, stagiaire, Le Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones.

Design original: Neko Wong-Houle

Page de couverture: Nehirowisiw - Équilibre, Meky Ottawa et Manon Bedard, produit par MU.
Crédit photo : Olivier Bousquet (MU).

Révision linguistique: Isabelle Mesnard et Chloé Couvy.

Consultante scientifique : Sue-Ann MacDonald, Professeure à l'École de travail social, Université de Montréal.

Pour accéder au dossier web du projet : www.cremis.ca/securisationculturelle

Référence suggérée :

Shearman, Mary (2025). *Sécurisation culturelle dans les urgences hospitalières: recension des écrits*. Montréal, Québec : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la communauté autochtone à Montréal.

© Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre d'amitié autochtone de Montréal, Projet de Travailleurs de Soutien aux Autochtones, Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et Réseau de la communauté autochtone à Montréal. 2025.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
La communication	4
La formation	6
La capacité	7
Le racisme et la discrimination	9
Conclusion	11
Références	14



Résumé

Cette recension des écrits vise à comprendre l'état de la sécurisation culturelle dans les urgences hospitalières. Elle se place dans un contexte national où les conséquences de la colonisation se font ressentir, encore aujourd'hui, dans les milieux de santé et les urgences et où le racisme a un impact néfaste sur la santé des Autochtones. De nombreuses organisations, dont le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), ont mis en place des projets afin d'étudier, de développer et d'encourager la mise en œuvre de pratiques efficaces et culturellement sécuritaires dans le système de santé et de services sociaux. Cette recension des écrits s'inscrit plus spécifiquement dans le cadre d'un projet mené de 2021 à 2025 par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). L'objectif de ce projet était de favoriser l'implantation durable de l'approche de sécurisation culturelle au CCSMTL et plus particulièrement dans les urgences hospitalières. Ce survol de la littérature permet de constater que la sécurisation culturelle pose d'importants défis dans le contexte des urgences hospitalières au Québec, dans le reste du Canada ainsi que dans plusieurs autres pays. La recension montre également que les urgences demeurent des lieux névralgiques pour rejoindre les personnes des Premières Nations, Métis et Inuit, qui ne se présenteraient pas dans les services à moins d'être confrontées à un état de santé détérioré.

Ce survol révèle les thèmes clés suivants : la communication entre les patient.es, les prestataires des soins et le soutien de la communauté, l'importance de la formation du personnel sur les réalités autochtones et sur les traumatismes historiques, les contraintes organisationnelles et plus spécifiquement de ressources dans les urgences, ainsi que l'impact du racisme et de la discrimination sur la santé des Autochtones.



Introduction

Le racisme affecte l'accès aux soins de santé dans les services d'urgence du monde entier (Castner, 2021; Govindasamy et Carlin, 2022; Pilarinos et al., 2023; Varcoe et al., 2022). Le territoire, aujourd'hui connu sous le nom de Canada, ne fait pas exception à la règle. En particulier, le racisme anti-autochtone qui sévit dans les milieux de santé et des urgences a eu une multitude d'effets néfastes, y compris la mort de patient·es autochtones en quête de soins (Leclerc et al., 2018; Wylie & McConkey, 2019). Bien qu'il ne s'agisse malheureusement pas d'un phénomène nouveau, mais bien d'une conséquence continue de la colonisation de ce territoire, ce contexte a donné lieu au lancement de nombreux projets afin d'étudier, de développer et d'encourager la mise en œuvre de pratiques efficaces et culturellement sécuritaires dans le système de santé et de services sociaux. Le CREMIS est engagé dans l'un de ces projets et cette recension des écrits vise à répondre à la question suivante: «Quel est l'état de la sécurisation culturelle dans les services d'urgence des hôpitaux?»

Irihapeti Ramsden a introduit l'expression «sécurisation culturelle» dans la littérature académique relative aux soins infirmiers en 1992, notant que les praticien·nes passent souvent par des phases de sensibilisation et de sensibilité culturelles avant d'être en mesure d'offrir des services véritablement sécuritaires sur le plan culturel. La compétence culturelle est un autre concept similaire, unique et souvent différencié de la sécurisation culturelle. Dans une étude portant sur le concept de sécurisation culturelle dans la littérature en soins infirmiers de 1988 à 2012, Blanchet Garneau et Pepin (2012) ont noté que la notion de sécurisation culturelle, malgré sa pertinence théorique, n'avait pas encore été mise en pratique, ce qui entravait sa capacité à être utilisée efficacement et à améliorer les services de santé pour les patient·es des Premières Nations, des Inuit et des Métis. Une revue systématique de la littérature réalisée en 2018 par Berg et al. a été identifiée dans le cadre de la présente recension des écrits.

Ce présent survol se concentre donc sur la littérature postérieure à cette date. La recherche documentaire, menée en juin 2023, a donc couvert la période de 2018 à juin 2023 et a inclus des revues évaluées par les pairs, en anglais et en français. Les bases de données consultées sont Medline, PsycINFO, CINAHL Complete, et Global Health, en utilisant la plateforme EBSCO; EBM Reviews en employant la plateforme Ovid ainsi que Scopus. Google Scholar a été utilisé pour recouper les citations d'articles clés en anglais et identifier la littérature clé en français. Pour la plateforme EBSCO, les termes de recherche suivants ont été utilisés (indigen* OR aborig* OR native* OR Inuit* OR metis OR «First Nations») AND «Cultural safety» AND (emergency OR ER). Concernant la plateforme Ovid, le terme de recherche «sécurisation culturelle» était suffisant. Pour Scopus, les termes «Cultural Safety» AND emergency AND indigen* OR aborig* ont été utilisés. Concernant Google Scholar, les termes «securisation culturelle autochtone hopitaux urgence quebec» ont été entrés dans le moteur de recherche, et la recherche s'est poursuivie jusqu'à ce que 100 résultats infructueux soient obtenus, et ce, après le dernier résultat positif identifié.

Les bases de données consultées via EBSCO ont produit 30 résultats, Ovid en a généré 8 et Scopus 16. Certains résultats ont été exclus, et ce, après la lecture des résumés et lorsqu'il était clair que ceux-ci ne répondaient pas directement à la question de recherche. Les articles inclus regroupent à la fois ceux s'appuyant sur une collecte de données et ceux qui n'en impliquaient pas. Un examen du texte intégral de tous les articles sélectionnés a été effectué à la suite de l'examen des résumés. Cela a permis de supprimer certains articles qui dépassaient le cadre de cette récession et d'en ajouter d'autres, identifiés dans les listes de référence. La recherche documentaire n'était initialement pas limitée au contexte canadien. Cela étant dit, les articles qui ont le plus alimenté la présente analyse proviennent de ce groupe: parmi les articles identifiés lors de la recherche, 12 articles, rédigés en anglais ont abordé la question de la recherche, de même que neuf autres rédigés en français.

Les documents en anglais couvraient l'état de la sécurisation culturelle dans les provinces coloniales que sont l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec, tandis que les documents en français se concentraient exclusivement sur le Québec.

Les thèmes identifiés dans ce groupe de documents étaient similaires à ceux relevés par Berg en 2018, à savoir la communication entre les patient·es et les prestataires de soins et la communauté qui les soutient, la formation, les capacités, ainsi que le racisme et la discrimination. Dans la littérature plus récente, le thème des relations s'est un peu déplacé pour devenir davantage centré sur l'importance de la communication. La formation et les capacités restaient des thèmes importants, tout comme le racisme, même si, dans les ouvrages plus récents, il était plus souvent balisé par le potentiel et l'impact des approches antiracistes.

La communication entre les patient.es et le prestataires de soins et le soutien de la communauté

Les participant·es à diverses études ont indiqué que la façon de communiquer des professionnel·les de la santé est essentielle pour définir une expérience dans un établissement de soins de santé comme culturellement sécuritaire ou dangereuse (Carter et al., 2021 ; Johnson & Hasan, 2021). Les participant·es ont valorisé des pratiques telles que l'écoute active et l'utilisation d'un langage simple (Carter et al., 2021; Collie & Yergeau, 2023).

Les différences linguistiques peuvent en effet constituer un obstacle à des soins culturellement sécuritaires. Une infirmière à qui l'on a demandé de donner des conseils sur la manière de fournir des services culturellement sécuritaires a expliqué qu'elle invitait les patient·es à l'interrompre pendant qu'elle parlait s'ils et elles avaient des questions ou si elle parlait trop vite (Collie & Yergeau, 2023). Dans les cas où les patient·es pensaient que leurs prestataires de soins ne les écoutaient pas, cela a parfois conduit à un diagnostic erroné et s'est toujours traduit par une mauvaise expérience (Carter et al., 2021). Si les patient·es ne se sentent pas en sécurité lorsqu'ils et elles communiquent leurs symptômes, les praticien·nes sont fortement susceptibles de ne pouvoir leur fournir un traitement approprié (Johnson & Hasan, 2021 ; Pilarinos et al., 2023).

Outre la relation entre les patient·es et les prestataires, d'autres voies de communication doivent être renforcées pour soutenir un environnement de soins culturellement sécurisants. Cela inclut les hôpitaux, les médecins et les prestataires dans les communautés qui utilisent les méthodes de communication existantes, notamment les dossiers des patient·es, les résumés de sortie, les résultats des tests, les ordonnances, etc. (Carter et al., 2021 ; Johnson & Hasan, 2021). Selon certains points de vue autochtones en matière de santé, dont la perspective inuit, les soins constituent une question communautaire; par conséquent, lorsqu'un petit groupe de personnes se présente avec un·e patient·e nécessitant des soins, cette pratique d'accompagnement, courante chez les Autochtones, peut être perçue comment entrant en contradiction avec les politiques régissant le nombre de personnes autorisées à rendre visite à une personne hospitalisée ou qui consulte (McCready et al., 2023).

La formation

La plupart des articles traitant de la formation font consensus: les professionnel·les de la santé ont besoin d'une formation plus solide et plus spécifique pour offrir des services culturellement sécuritaires. L'histoire unique et partagée des peuples autochtones sur le territoire que nous appelons aujourd'hui le Canada n'est pas celle de n'importe quel autre groupe. Pour fournir des services culturellement sécurisants, un·e praticien·ne doit comprendre le contexte complet dans lequel les patient·es autochtones cherchent à se faire soigner, y compris le rôle que les établissements de santé ont joué dans la colonisation des peuples autochtones (Leclerc et al., 2018; McLane et al., 2020; McLane et al., 2022). Les praticien·nes doivent être formé·es en matière de pratiques sensibles aux traumatismes afin de fournir des soins appropriés face aux traumatismes historiques (Carter et al., 2021; Collie & Yergeau, 2023; Johnson & Hasan, 2021; Varcoe et al., 2022). Une partie de la littérature préconise d'imposer une formation à la sécurisation culturelle et aux pratiques sensibles aux traumatismes (Johnson & Hasan, 2021; Pilarinos et al., 2023; Wylie et al., 2021). En effet, d'autres études ont mis en évidence le fait que pas moins de 90 % des personnes interrogées n'avaient jamais bénéficié d'une telle formation (Leclerc et al., 2020). Rendre la formation obligatoire ne peut toutefois pas garantir l'intégration de pratiques culturellement sécuritaires après la formation par le biais d'un «suivi avec les gestionnaires et/ou les employeurs·euses pour discuter des apprentissages» (Wylie et al., 2021). Bien qu'une formation obligatoire en ligne sur les réalités autochtones ait été récemment introduite pour le personnel réseau de la santé et des services sociaux du Québec, l'impact n'est pas clair et n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie. Ce qui se dégage toutefois, c'est que même avec la formation disponible, des membres de la communauté autochtone reçoivent encore des services n'étant pas culturellement sécuritaires dans les urgences.

Rendre la formation obligatoire ne garantit pas sa mise en œuvre, et une introduction ponctuelle sur la formation à la sécurisation culturelle autochtone ne suffit pas à soutenir les professionnel·les de la santé pour qu'ils et elles adoptent des pratiques culturellement sécuritaires (Filion et al., 2020; Leclerc et al., 2018). D'autres recommandations portant sur des thèmes de formation incluent « la formation à la désescalade, l'autoréflexion sur l'humilité culturelle; et les perspectives, pratiques, enseignements et récits autochtones » (Johnson & Hasan, 2021). La reconnaissance des effets du colonialisme par les prestataires de soins est nécessaire pour améliorer les soins prodigués aux patient·es autochtones. Les prestataires de soins souhaitent des formations qui donneront des indications concrètes sur la manière dont leur pratique devrait évoluer (Filion et al., 2020; McLane et al., 2022). La sensibilisation du personnel des urgences ne suffit pas, car « la culture du système de santé lui-même n'est pas examinée et est donc implicitement considérée comme la norme » (Wylie et al., 2021). Une formation appropriée peut toutefois accroître la confiance du personnel et améliorer l'expérience des patient·es (Varcoe et al., 2022). Ce constat posé, il importe de reconnaître que la formation n'est pas la seule partie du parcours menant à des connaissances, des compétences et des capacités culturellement sécuritaires pour fournir des soins de santé efficaces (Filion et al., 2020; Wylie et al., 2021).

La capacité

Les urgences fonctionnent avec des ressources limitées et un rythme rapide qui a une incidence sur l'expérience des patient·es (McLane et al., 2022). La pénurie continue de personnel et les changements de direction rendent difficiles l'engagement de ressources pour implanter de manière cohérente des stratégies d'intervention axées sur l'équité au sein de l'organisation et des systèmes (Varcoe et al., 2022). Il est également essentiel que ces facteurs environnementaux ne deviennent pas des obstacles à la prestation de services culturellement sécuritaires.

Le racisme et la discrimination

Il est crucial que les services d'urgence mettent en avant l'équité dans la prestation de soins de santé (Varcoe et al., 2022). Le racisme est un problème omniprésent qui a un impact sur la santé des personnes autochtones (Filion et al., 2020; Leclerc et al., 2018; McCready et al., 2023; McLane et al., 2022; Pilarinos et al., 2023; Wylie et al., 2021). « Les expériences de discrimination sont considérées comme une cause fondamentale des inégalités de santé qui existent au sein des peuples autochtones » (Wylie & McConkey, 2019). Les craintes de subir du racisme influencent les « attentes des Autochtones en matière de soins et de recherche de soins » (McLane et al., 2020). Cela peut entraîner une augmentation du nombre de personnes quittant les urgences sans avoir été examinées, ainsi qu'une diminution globale de la fréquentation des services de santé, ce qui peut se traduire ultérieurement par un recours accru aux urgences (Carter et al., 2021; Wylie & McConkey, 2019). Le racisme des prestataires de soins prend parfois la forme d'un discrédit des médecines autochtones traditionnelles ou des perspectives autochtones sur la santé (Pilarinos et al., 2023). Les prestataires de soins d'urgence peuvent également juger un·e patient·e parce qu'il ou elle n'a pas cherché à se faire soigner plus tôt ou n'a apparemment pas pris de mesures préventives, sans comprendre le contexte dans lequel la personne a géré son problème de santé (Collie et Yergeau, 2023; McCready et al., 2023). Cela peut aller jusqu'à supposer que les personnes autochtones sont en situation d'itinérance et/ou consomment de la drogue et de l'alcool, ce qui mène souvent à un manque de dignité et respect envers les patient·es.

Conclusion

Sur la base des résultats de la présente recension des écrits, il est évident que le terme «sécurisation culturelle» n'est plus uniquement un domaine théorique et qu'il existe un désir d'intégrer le concept dans la pratique en santé. En fait, le terme risque maintenant de devenir un mot à la mode, récupéré par les institutions et vidé de tout sens réel. Quel que soit le terme utilisé, le fait demeure que les soins de santé publics dans la province de Québec et sur l'île de la Tortue sont largement inaccessibles, au mieux, et activement hostiles, au pire, lorsqu'il s'agit de patient·es autochtones cherchant à obtenir des soins de santé d'urgence. Certaines pratiques prometteuses issues de la littérature et visibles dans le paysage actuel des soins de santé culturellement sécuritaires au Québec comprennent l'idée du «double regard» ou de la « double perspective », « Etuaptmumk » (Two-Eyed seeing TES) et des partenariats entre les organisations communautaires autochtones et le système de soins de santé. Le TES a donné lieu à des développements dans plusieurs disciplines, concept qui a été introduit par les ainé·es Mik'maq Albert et son épouse Dr Murdena Marshall ainsi que Cheryl Barlett (2012). Il s'agit du concept selon lequel, pour fournir des services de santé culturellement sécuritaires, un·e praticien·ne doit aborder l'interaction avec les patient·es autochtones en tenant compte de deux perspectives: l'une provenant de l'établissement de santé et l'autre tenant compte de la réalité et du contexte uniques dans lesquels les patient·es cherchent à se faire soigner (2023). De nombreux articles soulignent que les programmes culturellement sécuritaires doivent être élaborés conjointement par l'établissement de santé et la communauté autochtone locale et que, si c'est fait efficacement, cela permet d'adopter une perspective de « double regard » (Collie & Yergeau 2023).

Plusieurs articles portant sur le contexte québécois évoquent le succès de «Mino Pimatisi8in», une clinique ouverte dans le cadre d'un partenariat entre l'établissement de santé et le centre d'amitié de Val-d'Or (Collie & Yergeau, 2023). Cette clinique a également été présentée comme un modèle d'excellence en matière de soins de santé dans le rapport de la Commission Viens (2019). Le rapport de la Commission Viens est issu d'une enquête sur les relations entre les communautés autochtones et les services de santé et services sociaux au Québec. Il contient 142 appels à l'action. «Mino Pimatisi8in» fournit des services de santé intégrés aux membres de la communauté autochtone, ce qui permet de contourner certains des problèmes auxquels cette communauté est confrontée lorsqu'elle tente d'accéder aux services de santé. Par exemple, les patient·es ayant recours aux services de soins primaires par l'intermédiaire de la clinique sont moins susceptibles de voir un problème de santé être écarté dans ses premières phases, de sorte qu'il peut être traité plus tôt, lorsqu'il est moins critique et plus facile à gérer. Trois cliniques adoptant des approches similaires ont récemment ouvert leurs portes à Montréal; une gérée par Montréal Autochtone, un centre de soins d'urgence ouvert par le Centre de santé autochtone de Tiohtià:ke et une clinique spécifique aux Inuit, Qavvivik. Ces cliniques établissent des relations et des liens avec les services de santé existants pour fournir des soins à leurs communautés autochtones respectives. Le financement des cliniques de Val-d'Or et de Montréal s'appuie sur des fonds privés et publics, ce qui pourrait avoir un impact sur l'accessibilité et sur d'autres facteurs. Bien qu'il s'agisse indéniablement d'une excellente initiative visant à améliorer les soins de santé pour la population autochtone urbaine, la présence de ces cliniques n'enlève rien à la pression exercée sur les établissements de santé existants, y compris les hôpitaux et plus particulièrement les services d'urgence, pour qu'ils fournissent des services culturellement sécuritaires. Ces cliniques permettront, espérons-le, d'alléger la charge des services d'urgence grâce à des traitements précoces et à la prévention.

Il n'en demeure pas moins que les patient·es des Premières Nations, des Inuit et des Métis continueront à avoir besoin d'accéder aux services d'urgence publics et doivent pouvoir le faire confortablement, sans craindre d'être maltraité·es ou de se retrouver dans un état plus grave en raison de pratiques discriminatoires acceptées comme étant la norme.

Le service d'urgence est un environnement animé et souvent stressant où il n'est pas toujours possible de fournir des soins et une attention adéquate tout en garantissant des interactions culturellement sécuritaires pour les patient·es autochtones. Les conséquences des attitudes racistes du personnel de la santé peuvent être, et ont déjà été, mortelles. Dell (2016) souligne toutefois que les prestataires de services de première ligne, y compris le personnel des services d'urgence, sont bien placé·es pour intervenir sur les inégalités. Ce qui fait défaut, ce sont les connaissances, la confiance et, par conséquent, la capacité d'agir.



Références

Berg, K., McLane, P., Eshkakogan, N., Mantha, J., Lee T., Crowshoe C. et Phillips A. (2018). Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 43, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.004>

Bartlett, C., Marshall, M., Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*. 2 (4): 331-340. <https://doi:10.1007/s13412-012-0086-8>

Blanchet Garneau, A., et Pepin J. (2012). La sécurité culturelle: une analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111 (4), 22-35.

Carter, V., Healy, T., Semiguul, F. (2021). The Right Space: The Impact of Meaningful Dialogue in Informing Culturally Safe Care in the Emergency Department in a Rural Northern Community. *International Journal of Indigenous Health*, 16 (1), 72-97.

Castner, J. (2021). Health Disparities in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 47 (1), 6-9. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.09.000>

Colli, A., et Yergeau K. (2023). Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or: Une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain. *Soins d'urgence: La Revue de l'Association d'infirmières et infirmiers d'urgence du Québec*, 4 (1), 28-34. <https://doi.org/10.7202/1100463ar>

Filion, F., Tuck, T., Sandy, G., Pastrana Manovitz, N., Picard, M., Stake-Doucet, N., Chabot, Z., Sanzone, L., Franco-Carnevale, Miller, A., Silver, Roy R. et Murray, L. (2020). Le Principe de Joyce. *Global and Indigenous Health Nursing McGill*, 1-8.

Govindasamy, L.S. et Carlin, E. (2022). Anti-racism in the emergency department: Past time to tackle racism in our health systems. *Emergency Medicine Australasia*, 34, 108-111. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13918>

Hasan, L., & Johnson, J. Paddling Together for Culturally Safe Emergency Care for Elders . *International Journal Of Indigenous Health*, 16(1), 146-164.

Leclerc, A. M., Miquelon, P., & Rivard, M. C. (2020). Transcultural Health Practices of Emergency Nurses Working with Indigenous Peoples: A Descriptive Study. *International Nursing*, 46 (2), 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.10.018>

Leclerc, A. M., Vézeau-Beaulieu, K., Rivard, M. C., & Miquelon, P. (2018). Sécurisation culturelle en santé: un concept émergent/Quelques pistes d'application auprès des communautés autochtones. *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 15 (3), 50-54.

McCready, G., Ouimet, L., Ottawa, J., Bergeron, D., Dube, S., Sandy, G., Shecapio-Blacksmith, N., Echaquan, S., Bédard, E. (2023). Développer sa conscience critique pour un système de santé plus équitable: pistes pour des actions infirmières sécuritaires en faveur de la santé des Premières Nations, des Inuits, et des Métis (PNIM). *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 20 (2), 54-63.

McLane, P., Mackey, L., Holroyd, B.R., Fitzpatrick, K., Healy, C., Rittenbach, K., Big Plume, T., Bill, L., Bird, A., Healy, B., Janvier, K., Louis, E., Barnabe, C. (2022). Impacts of racism on First Nations patients' emergency care: results of a thematic analysis of healthcare provider interviews in Alberta, Canada. *BMC Health Services Research*, 22 (804), 1-18.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08129-5>

McLane, P., Bill, L., Barnabe, C. (2020). First Nations members' emergency department experiences in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 23, 63-74.
<https://doi.org/10.1007/s43678-020-000009-3>

Moorman, L., Evanovitch, J., & Muliaina, T. (2021). Envisioning indigenized geography: a two-eyed seeing approach. *Journal of Geography in Higher Education*. 45 (2): 201–220.
<https://doi.org/10.1080/03098265.2021.1872060>

Pilarinos, A., Field, S. Vasarhelyi, K., Hall, D., Elder Fox, D., Elder Price, R., Bonshor, L., Bingham, B. (2023). A qualitative exploration of Indigenous patients' experiences of racism and perspectives on improved cultural safety within health care. *CMAJ Open*, 11 (3), 404-411.
<https://doi.org/10.9778/cmajo.20220135>

Varcoe, C., Browne, A.J., Perrin, N. et al. EQUIP emergency: can interventions to reduce racism, discrimination and stigma in EDs improve outcomes?. *BMC Health Services Research*, 22, 1113 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08475-4>

Wylie, L., McConkey, S. et Corrado, A. (2021). It's a Journey Not a Check Box: Indigenous Cultural Safety From Training to Transformation. *International Journal of Indigenous Health*, 16 (1), 314-333. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33240>

Wylie, L. et McConkey, S. (2019). Insiders' Insight: Discrimination Against Indigenous Peoples through the Eyes of Healthcare Professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37-45. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0495-5>



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec

